

тебского областного клинического патологоанатомического бюро исследованных ИГХ методом в 2015 г. Исследование AR производилось с использованием стандартных наборов фирмы «ДАКО».

Результаты исследования и их обсуждение

Исследовано 18 случаев ТНРМЖ представленных в 12 наблюдениях инвазивным протоковым раком со степенью злокачественности G 3, в 4 случаях инвазивным протоковым раком G 2 и в 2 случаях дольковой карциномой G 2 и G 3.

Выраженная экспрессия AR наблюдалась в одном случае. Гистологически опухоль была представлена инвазивной протоковой карциномой G 3 с метастазом в один регионарный лимфатический узел. В этом наблюдении был обнаружен очаг внутрипротокового неинвазивного рака. Обращает на себя внимание отсутствие экспрессии AR в клетках базального эпителия при интенсивном окрашивании внутрипротокового эпителия.

В трех случаях ТНРМЖ обнаруживалась экспрессия AR от 1 до 10 % ядер клеток РМЖ. Эти случаи были представлены в одном случае дольковой карциномой G 3, — в 2-х других инфильтрирующей протоковой карциномой G 3. Во всех 3-х случаях метастазы в регионарные лимфатические узлы обнаружены не были.

В опухолях с иммунофенотипом Er-, Pr-, Her2 3+ выраженная экспрессия AR была выявлена в одном случае представленном инфильтрирующей протоковой карциномой G 2, без метастазов в исследованных лимфатических узлах.

Также были исследованы 3 случая РМЖ с иммунофенотипом Er+, Pr+, Her2 3+, где экспрессия AR не наблюдалась.

В 4-х наблюдениях с иммунофенотипом Er+, Pr+, Her2 0 выраженная экспрессия AR была выявлена в одном случае инфильтрирующей протоковой карциномы G 2 без метастазов в исследованных лимфатических узлах.

Заключение

Таким образом, проведенные исследования показали наличие экспрессии рецепторов андрогенов в клетках как эстроген и прогестерон позитивных опухолей, так и в клетках трижды-негативного рака молочной железы. Это обстоятельство, учитывая относительно небольшую стоимость одного определения рецепторов андрогенов (2,1 евро) диктует необходимость продолжения этих исследований в различных биологических типах рака молочной железы, для установления прогностической значимости рецепторов андрогенов, а также накопления архивных материалов для возможного лечения рецидивов при внедрении в практику новых таргетных лекарственных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Basal-like breast cancer defined by five biomarkers has superior prognostic value than triple-negative phenotype / M. C. Cheang [et al.] // Clin. Cancer Res. — 2008. — Vol. 14, № 5. — P. 1368–1376.
2. Differences in breast carcinoma characteristics in newly diagnosed African-American and Caucasian patients: a single-institution compilation compared with the National Cancer Institute's Surveillance, Epidemiology, and End Results database / G. J. Morris [et al.] // Cancer. — 2007. — Vol. 110, № 4. — P. 876–884.
3. Brys, M. Androgens and androgen receptor: do they play a role in breast cancer? / M. Brys // Med. Sci. Monit. — 2000. — № 6(2). — P. 433–438.
4. Androgen receptor expression and breast cancer survival in postmenopausal women / R. Hu [et al.] // Clin. Cancer Res. — 2011. — Vol. 17(7). — P. 1867–1874.
5. Androgen receptor driven transcription in molecular apocrine breast cancer is mediated by Fox A1 / J. L. Robinson [et al.] // EMBO Journal. — 2011. — Vol. 30. — P. 3019–3027. (doi: 10.1038/emboj.2011.216).

УДК 614.2 : 613.9 : 303.423 (477)

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ОТЗЫВЧИВОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СТРАНОВОМ УРОВНЕ

Крячкова Л. В.

Государственное учреждение
«Днепропетровская медицинская академия МЗО Украины»
г. Днепропетровск, Украина

Введение

Отзывчивость как степень реакции отрасли на законные ожидания людей, связанные с неклиническими аспектами медицинского обслуживания, наряду с обеспечением здоровья населения, финансовой доступностью и структурной эффективностью, на сегодняшний день рассматривается как одна из основных целей деятельности системы здравоохранения [1, 2].

Она характеризуется двумя основными сферами: личностной — уважением человеческого достоинства (объединяет элементы: достоинство, автономию, коммуникацию и конфиденциальность) и

потребительской — ориентацией на клиента (объединяет элементы: оперативность/скорость обслуживания, качество бытовых условий в учреждении, выбор поставщиков медицинских услуг и доступ к социальной поддержке во время лечения) [5].

Актуальность оценки отзывчивости системы здравоохранения (ЗО) обусловлена тем, что до настоящего времени, не смотря на доказанное позитивное ее влияние на выполнение других целей и общую эффективность функционирования отрасли, она остается наименее изученной, как на международном, так и на страновом уровне.

Исследование уровня отклика ЗО на ожидания общества проводилось в рамках международных исследований: сравнительной оценки деятельности систем ЗО (World health report, 2000), Всемирного обследования состояния здоровья населения (World Health Survey, 2005). На страновом уровне изучались лишь отдельные аспекты отзывчивости [3, 4].

Цель

Изучить отклик системы здравоохранения Украины на запросы населения для определения общего уровня и справедливости распределения отзывчивости ЗО, выявления приоритетных направлений ее обеспечения.

Материал и методы исследования

Отзывчивость системы здравоохранения изучалась путем социологического обследования домохозяйств (1491 домохозяйство) из 17 регионов Украины, которое дополнялось социологическим опросом ключевых респондентов (КР): врачей, пациентов, организаторов здравоохранения, научных работников, наиболее осведомленных в вопросах организации медицинского обслуживания (398 человек). В качестве инструментов исследования использовались рекомендованные ВОЗ структурированные анкеты [1, 5] с определенными модификациями, дополнениями и уточнениями. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программного продукта «Statistica» 6.1 (StatSoftInc., серийный № AGAR909E415822FA).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования было установлено, что интегральный, взвешенный по весу своих основных элементов, показатель отзывчивости системы здравоохранения Украины ниже среднего уровня и составляет по десятибалльной шкале $4,84 \pm 0,12$ балла ($M \pm m$) по оценкам ключевых респондентов и $4,2 \pm 0,06$ балла по данным обследования домохозяйств (таблица 1).

Таблица 1 — Уровень, взвешенного по весу основных элементов, показателя отзывчивости системы здравоохранения Украины

Основные элементы отзывчивости	% в формировании результата	Основные элементы отзывчивости	% в формировании результата
<i>Сфера — уважение человеческого достоинства, всего</i>	49 %	<i>Сфера — ориентация на клиента, всего</i>	51 %
Уважение достоинства	17 %	Оперативность обслуживания	19,7 %
Автономия	12,5 %	Выбор провайдера	11,6 %
Коммуникация	11 %	Качество бытовых условий	10,1 %
Конфиденциальность	8,5 %	Доступ к социальной поддержке	9,6 %
<i>Скорректированный по весу элементов показатель общего уровня отзывчивости ЗО по 10-балльной шкале ($M \pm m$), баллы</i>			
По оценкам ключевых респондентов (наиболее осведомленных слоев потребителей и поставщиков медицинских услуг)			$4,84 \pm 0,12$
По данным социологического обследования домохозяйств			$4,2 \pm 0,06$

Анализ взвешенного показателя отзывчивости среди различных категорий ключевых респондентов показал, что существуют достоверные различия ($p \leq 0,01$) в ее оценке различными участниками системы здравоохранения: самые низкие оценки дают ученые ($3,54 \pm 0,16$ балла) и население ($4,46 \pm 0,16$), самые большие — организаторы здравоохранения ($5,76 \pm 0,23$, что на 19 % выше средней оценки) и врачи частных учреждений ($6,16 \pm 0,27$, что на 27,27 % выше средней оценки). Это свидетельствует о завышении оценок отзывчивости ЗО поставщиками медицинских услуг по сравнению с потребителями, скорее всего, из-за защитной позиции провайдеров медицинских услуг, которые считают свой отклик на запросы населения вполне адекватным.

Показатель справедливости распределения отзывчивости среди населения имеет негативную динамику и составляет $0,79 \pm 0,01$ по шкале оценки от 0 — полное неравенство до 1 — полное равенство. Уязвимые слои населения, в первую очередь малообеспеченные, пожилые, инвалиды, сельские

жители не имеют достаточного отклика системы здравоохранения на свои запросы (индексы неравенства отзывчивости среди этих групп составляют соответственно 0,62; 0,63; 0,64 и 0,66) из-за меньшее уважение их достоинства (частота дискриминации по этому признаку 67 %); меньшую свободу выбора поставщиков услуг (58 %); ограниченный доступ к службам социальной поддержки (52 %) и более плохие бытовые условия во время лечения (53 %). Опрос домохозяйств подтвердил неудовлетворительную реакцию системы на запросы малоимущих — из-за отсутствия денег 17,2 % опрошенных сталкивались с неудовлетворительным обращением в учреждениях здравоохранения. Наряду с этим, население практически не испытывает проблем с откликом отрасли из-за национальности, отсутствия страховки, расовой принадлежности, цвета кожи, пола, языка, религии и политических взглядов.

Детальная оценка основных элементов отзывчивости здравоохранения, позволила выявить их преимущественно посредственные значения. Более низкие оценки по 10-бальной шкале, по мнению ключевых респондентов, имеют элементы, которые требуют дополнительного вложения ресурсов: качество бытовых условий, коммуникации, возможность выбора поставщиков медицинских услуг и автономия пациентов ($4,3 \pm 0,16$; $4,9 \pm 0,11$; $5,1 \pm 0,16$ и $5,1 \pm 0,14$ балла соответственно) более высоко оценены элементы конфиденциальности и доступа к системе социальной поддержки ($5,9 \pm 0,15$ и $6,2 \pm 0,14$ балла соответственно), что можно рассматривать как компенсацию неудовлетворительного обслуживания в учреждениях здравоохранения.

Между амбулаторным и стационарным медицинским обслуживанием не наблюдается существенных различий ($p > 0,05$) в балльных оценках отдельных элементов отзывчивости. При обследовании домохозяйств, как и ключевых респондентов, большую часть негативных оценок (от «удовлетворительно» до «очень плохо») получили качество бытовых условий (50,44 % при амбулаторном лечении и 47,99 % при стационарном лечении), автономия (43,39 и 48,98 %) и возможность выбора поставщиков медицинских услуг (37,08 и 43,45 %).

Графический анализ «важность – удовлетворенность» (рисунок 1) показал, что по таким элементам отзывчивости ЗО, как уважение достоинства и коммуникации полученные успешные результаты: при высокой оценке важности этих критериев они имеют высокий уровень удовлетворенности.

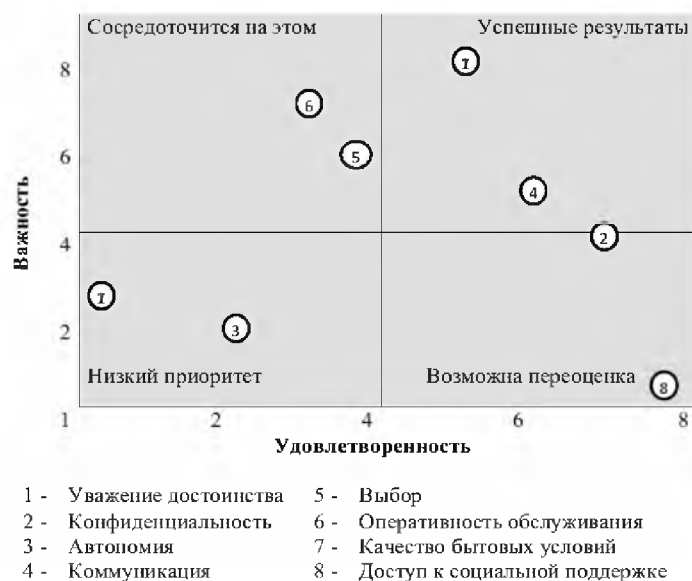


Рисунок 1 — Важность и удовлетворенность домохозяйств отдельными элементами отзывчивости здравоохранения

В сектор «возможна переоценка» попал доступ к социальной поддержке, поскольку при невысоком уровне ожиданий, достигнута высокая степень удовлетворенности этим элементом. На пересечении зон «возможна переоценка» и «успешные результаты» оказалась конфиденциальности с достаточно высоким уровнем удовлетворенности и средним приоритетом для респондентов. В блоке «низкий приоритет» оказались качество бытовых условий и автономия, недостаточно важные элементы для респондентов. Оперативность (скорость) медицинского обслуживания и возможность свободного выбора поставщиков медицинских услуг оказалась в квадранте «сосредоточиться на этом» — для этих элементов при высоких уровнях ожиданий наблюдается низкий уровень удовлетворенности, следовательно, именно они являются приоритетными направлениями для оптимизации отзывчивости медицинского обслуживания.

Выводы

Оценка отзывчивости системы здравоохранения Украины показала, что ее интегральный показатель ниже среднего уровня и составляет $4,84 \pm 0,12$ балла ($M \pm m$) по десятибалльной шкале по оценкам ключевых респондентов и $4,2 \pm 0,06$ балла по данным обследования домохозяйств. По результатам двухмерного анализа «важность – удовлетворенность» установлено, что приоритетные направления оптимизации отклика системы на запросы населения — оперативность (скорость) медицинского обслуживания и возможность свободного выбора поставщиков медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности / [Всемирная организация здравоохранения]. — Женева: Издательство ВОЗ, 2000. — 232 с.
2. Методика оценки эффективности функционирования территориальных систем здравоохранения в Российской Федерации / С. В. Шишкин [и др.]. — Министерство здравоохранения и социального развития РФ. — М., 2007. — 64 с.
3. Оценка модели организации первичной медико-санитарной помощи в Беларуси. На основе результатов анкетирования в рамках исследовательского проекта в Минской и Витебской областях / В. Г. В. Бурма [и др.]. — ВОЗ: Европейское региональное бюро, 2009. — 157 с.
4. Шульгина, С. В. Отзывчивость системы здравоохранения и ее характеристики / С. В. Шульгина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2015. — № 1. — С. 25–27.
5. Papanicolas, I. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research / I. Papanicolas, P. C. Smith. — European Observatory on Health Systems and Policies Series: Published by Open University Press, 2013. — 360 p.

УДК 316.613.434 – 053.2 : 364.632

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ КАК СЛЕДСТВИЕ СИТУАЦИИ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ

Кузмицкая Ю. Л.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Центральными темами родительско-детских отношений выступают вопросы социальной адаптации и адекватного социального взаимодействия ребенка с ближайшим окружением. В процессе социальной регуляции родителями поведения детей, дети овладевают определенными правилами поведения. Усвоенные правила поведения обеспечивают эффективное функционирование ребенка в социальных отношениях в конкретной социальной среде. *Социальная регуляция поведения* это процесс приведения социального поведения ребенка в соответствие с общепризнанными нормами, правилами поведения, характерными для конкретной социальной среды [2].

Социальная регуляция поведения детей реализуется в процессе дисциплинирования посредством воздействий родителей на поведение детей. Дисциплинирование есть форма поведения родителей, которой корректируют проступки детей [5]. В данной работе будем исходить из понимания *дисциплинирования* как процесса организации взаимодействия между родителями и детьми в процессе социальной регуляции поведения детей, в целях приведения поведения ребенка с помощью дисциплинарных воздействий в соответствии с представлениями родителей о нормативном социально-приемлемом поведении.

Дисциплинарное воздействие — представляет конкретный способ «дисциплинарный ответ (М. Строос)» [5], краткосрочное действие предпринимаемое родителями с целью разрешения возникшего противоречия на предмет представлений родителей о поведении детей [1]. Дисциплинирование — это процесс регуляции поведения детей, в то время как дисциплинарное воздействие — действия родителей или взрослых в ответ на совершенный ребенком проступок с целью изменения или исправления его поведения.

О ситуации семейного насилия речь может идти всегда в тех случаях, когда родители пытаются любой ценой реализовать свое представление о должном поведении ребенка в ущерб его потребностям и желаниям. В целях получения желаемого результата родители могут прибегать к дисциплинарным воздействиям агрессивного характера. Агрессивное поведение родителей в отношении детей является неотъемлемой частью ситуации семейного насилия. В связи с чем, *агрессия в семье* это устойчивая модель поведения, основанная на утверждении силы, обуславливающая типичный характер взаимодействия между членами семьи [4]. *Агрессивное воздействие* — это процесс организации целенаправленного агрессивного действия адресованного другому субъекту с целью вызвать некоторые поведенческие и личностные изменения [4].

М. А. Строос выделил и описал возможные варианты агрессивного воздействия родителей в социальной регуляции поведения детей [5]. *Профилактическое дисциплинирование* — действия, кото-